

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

市区町村民税  
非課税などの  
低所得者用

被保険者(申請者)記入用

## 【注意事項】

- 診療月の属する年(診療が4月~7月の場合は、前年)の被保険者の市町村民税「非課税証明書」の原本を添付してください。ただし、下記「市区町村長証明欄」の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
氏名			電話番号(日中の連絡先)			
			TEL ( )			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養予定期間	令和	年	月	~	令和	年
療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、下記「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。			

長期入院欄	申請を行った月以前1年間の入院日数合計	日間
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで 日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地

認定証送付希望先(受け取り方法を選択)	<input type="checkbox"/> 社内便	※社内便を選択した場合のみ記入(受け取り先となる会社名・部署名等をご記入ください)	
		ビル名 会社名 部・室・支店・グループ 宛名 様 課・チーム	
	<input type="checkbox"/> 郵便	※郵便を選択した場合のみ記入(受け取り可能な住所をご記入ください)	
		住所(〒 - ) 宛名 様	被保険者との関係

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	被保険者との関係	申請代行の理由
	電話番号(日中の連絡先) TEL ( )		<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他( )

市区町村長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。	
	当該被保険者(氏名 )は平成( )年度の市区町村民税が課されないことを証明する。	
	市区町村長名	印

※4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

<健康保険組合処理欄>

常務理事	事務長	担当

受付日付印